



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, onderzoek, operatie en  
radiotherapie bij borstkanker, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201401895

Zittingsdatum : 28 oktober 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden ziektekostenverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 2.2. Bzv)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgpolis (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een onderzoek, operatie en radiotherapie in verband met borstkanker, ondergaan te Marbella, Spanje (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 14 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 3.972,14 voor de radiotherapie, € 2.568,21 voor de operatie, en € 187,36 voor het consult bij de oncoloog.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een tarifieringsverzoek in te dienen bij het Spaanse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. De tarifiering heeft evenwel niet geleid tot een hogere vergoeding.
- 3.4. Bij brief van 24 maart 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 20 april 2015 in de gelegenheid gesteld nader commentaar op de kwestie te geven, één en ander uiterlijk 20 mei 2015. Bij e-mailbericht van 13 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie verzocht om uitstel, dat is verleend tot 3 juni 2015. Omdat op die datum nog niets van de ziektekostenverzekeraar was vernomen, heeft de commissie besloten de kwestie zonder nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar voort te zetten.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 oktober 2015 in persoon gehoord.
- 3.9. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven, hetgeen hij bij brief van 29 oktober 2015 heeft gedaan. Bij brief van 5 november 2015 heeft verzoekster op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *"Mixed Ductal and lobular infiltrating right Breast Carcinoma in Clinical Stage I"*. Hij heeft verder verklaard: *"The patient was treated with a conservative surgery of the breast (cuadrantectomy) with sentinel axillary lymph - node biopsy after a radioactive technetium lymphatic mapping. In the same moment (...) I realize a local plastic reconstruction of the breast. She continues the treatment with hormone therapy and (...) radiotherapy."*
- 4.2. Verzoekster heeft op 17 maart 2014 een controle ondergaan aan haar borsten. Bij die gelegenheid zijn drie tumoren geconstateerd, waarvoor een operatie noodzakelijk was. Na nog enkele onderzoeken heeft verzoekster op 21 maart 2014 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag hoe zij diende te handelen. De medewerker deelde haar mede dat zij een medisch rapport diende te vragen aangaande de uit te voeren operatie en de aansluitende chemo- of radiotherapie. Verzoekster heeft toegezegd dit rapport zo snel mogelijk op te sturen.
- 4.3. Op 9 april 2014 vond de operatie plaats. Verzoekster vernam op 12 mei 2014 van het ziekenhuis dat de ziektekostenverzekeraar nog niet had gereageerd. Verzoekster heeft hierop nogmaals contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een medewerker haar vertelde een e-mail te zullen sturen aan het ziekenhuis. Een half uur later vertelde de assistente in het ziekenhuis dat een en ander in orde was. Verzoekster is hierop naar huis gegaan. Op 14 mei 2014 onderging zij de inmiddels derde behandeling met radiotherapie. Een medewerker van het ziekenhuis vertelde haar dat nog steeds geen betaling van de ziektekostenverzekeraar was ontvangen. Verzoekster nam wederom telefonisch contact op met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar werd medegedeeld dat de totale vergoeding ongeveer € 6.000,-- bedraagt, terwijl de kosten uitkomen op € 23.000,--.
- 4.4. Verzoekster is niet tijdig door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over het feit dat een aanzienlijk deel van de kosten van de operatie en radiotherapie voor haar rekening zou blijven. Dit is in strijd met de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar. Verder is de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar onjuist. Op 24 maart 2014 zou zowel om 12:42 uur als om 12:43 uur

met een medewerker zijn gesproken, en tussen 24 maart 2014 en 7 mei 2014 wordt geen enkel contactmoment meer genoemd. Er zijn geen signalen afgegeven dat de zorg die verzoekster kreeg niet volledig zou zijn gedekt.

4.5. In de CZ Pakketvergelijker van 2014 is vermeld dat de ziektekostenverzekering 100 percent van de kosten vergoedt, volgens het gebruikelijke (marktconforme) Nederlandse tarief dan wel het tarief van het woonland. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken wat de vergoeding zou zijn geweest indien de zorg in Duitsland, haar woonland, was verkregen.

4.6. Verzoekster heeft negen jaar geleden in een soortgelijk ziekenhuis in Malaga een darmoperatie ondergaan. De kosten hiervan zijn destijds zonder problemen geheel vergoed. Daarom heeft verzoekster ook in de onderhavige situatie geconcludeerd dat alles in orde was. Bovendien betaalt zij voor de ziektekostenverzekering een veel hogere premie dan indien zij een zorgverzekering zou hebben gesloten. Tegenover deze hogere premie dient ook een hogere vergoeding te staan.

4.7. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat zij in Marbella was toen een borsttumor werd geconstateerd. Er is door haar echtgenoot contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, mede vanwege de nabehandelingen. Er werd hem verteld dat hij een dure verzekering heeft, waarvoor hij veel premie betaalt, en dat de behandeling in gang kon worden gezet. Er moest nog wel worden gemeld wat er ging gebeuren. De ziektekostenverzekeraar zou dan een akkoordverklaring geven. Om onverklaarbare redenen is deze verklaring naar Duitsland gestuurd, waar verzoekster noch haar echtgenoot op dat moment verbleef. Het ziekenhuis gaf aan niets te hebben gehoord, waarop is besloten de behandeling toch in gang te zetten. Vanuit de ziektekostenverzekeraar is er geen verdere communicatie geweest. Daarom is er geen moment geweest waarop verzoekster een andere keuze had kunnen maken. Zulks is in strijd met de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar en de Gedragscode goed verzekeraarschap. De ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de dienstverlening. Daarnaast is onzorgvuldig met gegevens omgegaan.

4.8. Bij brief van 5 november 2015 heeft verzoekster toegelicht dat het verzenden van de brieven naar het verkeerde adres niet een op zichzelf staand punt is, maar samenhangt met de gesprekken die zijn gevoerd tussen de echtgenoot van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan de operatie. Hierin is namelijk door verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar verzuimd te wijzen op de voorwaarden die zijn verbonden aan de behandeling in het buitenland. Verzoekster betreurt het feit dat de ziektekostenverzekeraar niet pro-actief heeft opgetreden in deze situatie en dat zij heeft moeten concluderen dat informatievoorziening vanuit de ziektekostenverzekeraar veelal reactief plaatsvindt en zelfs geheel uitblijft. Zo is er bijvoorbeeld op de vragen die zijn gesteld in de brief van 24 maart 2015, geheel geen reactie gekomen vanuit de ziektekostenverzekeraar.

4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekering betreft een private verzekering voor personen die geen recht hebben op de verplichte Nederlandse zorgverzekering. De premie van de ziektekostenverzekering is ongeveer tweemaal zo hoog als de premie voor de zorgverzekering. Indien wordt gekozen voor zorg door een zorgaanbieder met wie de ziektekostenverzekeraar geen zorgovereenkomst heeft gesloten, dan wordt het volledige wettelijke vaste tarief vergoed (punttarief). Bestaat geen punttarief, dan vergoedt de ziektekostenverzekeraar het marktconforme tarief.

Aan verzoekster zijn de volgende vergoedingen verleend: € 3.972,14 voor de radiotherapie aan de hand van zorgproductcode 990061066, € 2.568,21 voor de borstoperatie aan de hand van zorgproductcode 140801002 en € 187,36 voor het consult van de oncoloog aan de hand van zorgproductcode 020107021.

- 5.2. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat verzoekster onjuist of onvolledig is geïnformeerd. De eerdere vergoeding voor de darmoperatie is door de ziektekostenverzekeraar niet meer te achterhalen. Bovendien kunnen voorwaarden in de loop der jaren wijzigen.
- 5.3. Omdat tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is gebleken dat verzoekster van plan was enkele maanden in Marbella te verblijven, is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat sprake was van spoedeisende zorg tijdens verblijf in een ander land dan het woonland. Daarom is in Spanje een tarifieringsverzoek ingediend. De uitslag hiervan is dat in Spanje geen vergoeding mogelijk is, aangezien de behandelingen hebben plaatsgevonden in een privékliniek. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding een tarifieringsverzoek in het woonland Duitsland in te dienen, omdat in artikel 2.2 lid 2 Bzv is bepaald dat bij het vaststellen van de vergoeding de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten in mindering worden gebracht. In de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is bepaald dat wordt aangesloten bij de wettelijk verplichte zorgverzekering, zodat de onderliggende regelgeving van overeenkomstige toepassing is. Tot slot is ook uit de artikelen B.1. tot en met B.23. van de ziektekostenverzekering, die zijn vermeld op het Vergoedingen Overzicht bij de bepaling met betrekking tot zorg in het buitenland, af te leiden dat in de situatie van verzoekster geen recht bestaat op het tarief van het woonland.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de zaak serieus neemt. Verzoekster was ernstig ziek, en hopelijk heeft de behandeling het gewenste effect gehad. Ten aanzien van het medisch inhoudelijke aspect geldt dat de medisch adviseur heeft gekeken of de behandeling is verlopen zoals in Nederland. Onderscheiden kunnen worden het oncologisch consult met de bijbehorende onderzoeken, de operatie en de nabehandeling. Aan deze onderdelen zijn tarieven gehangen. Deze tarieven zijn lager dan de in Spanje berekende kosten. Ten aanzien van het verzekeringsaspect geldt dat is verzocht om volledige vergoeding. De verzekering is evenwel beperkt qua hoogte. De aannahme dat alles zou worden betaald is dan ook niet juist. Verordening 883/2004 is op de verzekering niet van toepassing. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen is toch getarifeerd in Spanje. Hier kwam een vergoeding van € 0,- uit.
- 5.5. Bij brief van 29 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het versturen van de brieven per e-mail beter was geweest, gezien de verschillende verblijfplaatsen van verzoekster (Denemarken, Duitsland, Oekraïne, Spanje, Engeland, Griekenland). Dit heeft echter geen gevolgen gehad die ertoe hebben geleid dat verzoekster gerechtvaardigd mocht vertrouwen op een volledige vergoeding van alle behandelingen in een privé-kliniek in Spanje. Van een ongeclausuleerde, schriftelijke en gedragsbepalende toezegging is zeker geen sprake geweest.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Artikel A.22. van de ziektekostenverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat een geschil kan worden voorgelegd aan de commissie. De toepasselijkheid van dit artikel is in artikel C.11.1.5. van de ziektekostenverzekering evenwel uitgesloten. Omdat in de heroverweging van 23 juni 2014 naar de commissie is verwezen, is zij - in afwijking van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering - bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de ziektekostenverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De ziektekostenverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de ziektekostenverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"De zorg omvat:*

- *medisch specialistische behandeling;*
- *opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- *verblijf, verpleging en verzorging;*
- *paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)*

*Tarieven*

*Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20. (...)"*

8.4. Artikel B.2. van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoalsbeschreven in artikel B.2.2. (...)*

*Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20. (...)"*

8.5. Artikel A.20.2. van de ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag. (...)"*

8.6. Artikel C.2.3. van de ziektekostenverzekering luidt:

*"De voorwaarden, inhoud en omvang van dekking van de niet-wettelijke zorgverzekering zijn gelijk aan die van de zorgverzekering."*

8.7. Artikel C.11.1.4. van de ziektekostenverzekering luidt:

*"Als u in het buitenland woont, hanteren wij bij de afwikkeling van nota's uit uw woonland het daar geldende marktconforme tarief. Dit is het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgaanbieders in uw woonland hebben afgesproken of dat daar gebruikelijk is. Wijken de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg af van de marktconforme tarieven in Nederland, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot het hoogste tarief."*

8.8. Op het Vergoedingen Overzicht is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Buitenlandzorg  
Spoedeisende en niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland  
u hebt recht op dezelfde zorg en omvang als de zorg waarop u in Nederland of uw woonland recht hebt. B.1. t/m B.23."*

8.9. Artikel 2.2 lid 2 Bzv luidt, voor zover hier van belang:

*"Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:  
(...)  
b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."*

8.10. Artikel D.14.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.*

*Wij vergoeden:*

*a. zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlandse tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. (Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20.) De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat; (...)*

*Algemeen*

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;*
- De zorg is spoedeisend. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.*
- Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.*
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;*
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok; (...)"*

- 8.11. Op het Vergoedingen Overzicht, behorend bij de aanvullende ziektekostenverzekering, is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Buitenlandzorg  
Spoedeisende zorg:  
Binnen EU/EER, Zwitserland en Verdragslanden 100% van het gedeclareerde tarief. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster is woonachtig in Duitsland. Zij heeft gedurende haar verblijf in Spanje zorg ondergaan. Aangezien de ziektekostenverzekering geen sociale ziektekostenverzekering betreft, is Vo. nr. 883/2004 niet van toepassing. Artikel B.2. van de ziektekostenverzekering bepaalt evenwel dat een verzekerde bij grensoverschrijdende zorg kan kiezen voor zorg volgens de wettelijke regeling van het Verdragsland waar de zorg wordt genoten. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve, na een vraag daartoe van de Ombudsman Zorgverzekeringen, een tarifieringsverzoek ingediend in Spanje. Het Spaanse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering heeft medegedeeld dat in Spanje voor deze zorg geen vergoeding wordt verleend, omdat deze is genoten in een privékliniek.
- 9.2. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar ook dient te tarifieren in haar woonland Duitsland, en baseert zich hierbij op hetgeen is bepaald op het Vergoedingen Overzicht. Dienaangaande merkt de commissie op dat met de tarifiering in Spanje is voldaan aan het bepaalde in artikel B.2. van de ziektekostenverzekering. De zorg is immers niet genoten in het woonland (Duitsland), maar in het land van verblijf (Spanje). Het alternatief is vergoeding van de verzekerde zorg "volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.". Tevens is hier bepaald dat indien de verzekerde buiten het land waarin hij of zij woont naar een zorgaanbieder gaat met wie door de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst is gesloten, dezelfde vergoeding wordt verleend als wanneer betrokkene in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Hierbij wordt verwezen naar artikel A.20. van de zorgverzekering. De vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering is volgens laatstgenoemd artikel gebaseerd op de Nederlandse marktconforme tarieven. Voor zover door de behandelend arts een hoger tarief in rekening wordt gebracht dan het marktconforme tarief, bepaalt artikel 2.2 lid 2 Bzv dat de meerkosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. De ziektekostenverzekering sluit, gelet op artikel C.2.3., aan bij deze regelgeving.
- 9.3. Rest de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding juist is. Hij is hierbij uitgegaan van drie DOT-productcodes. De code 990061066 heeft als omschrijving: "A2 - RT standaard / Radiotherapie", de code 140801002 heeft als omschrijving "Oper mamma (zeer) zwaar / Urogenitaal mamma", en de code 020107021 heeft als omschrijving "Licht ambuland / Nieuw maligne mamma (...) Consult op de polikliniek bij borstkanker". Alle codes zijn afkomstig uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De gehanteerde DOT-zorgproductcodes zijn, gelet op de bij verzoekster uitgevoerde behandelingen, juist. De bijbehorende tarieven zijn volgens het 'CZ restitutieoverzicht medisch-specialistische zorg per 1 januari 2014' € 3.972,14, € 2.568,21 respectievelijk € 187,36. Deze bedragen zijn aan verzoekster vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de ziektekostenverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Artikel D.14.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. De vergoeding betreft een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend ten laste van de ziektekostenverzekering (artikel



B.2.). De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding ten laste van de ziektekostenverzekering en de werkelijke kosten.

In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het begrip 'spoedeisende zorg' gedefinieerd als medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.5. De zorg die verzoekster heeft ondergaan, is - gelet op de tijd die is gelegen tussen het stellen van de diagnose en de start van de behandelingen - niet als spoedeisend aan te merken. Verzoekster had de mogelijkheid terug te keren naar haar woonland Duitsland of naar Nederland voor het ondergaan van deze behandelingen. Zij heeft echter ervoor gekozen deze in Spanje te ondergaan. Dat zij een lang verblijf in dat land had gepland en deze behandelingen tijdens dat geplande verblijf medisch noodzakelijk werden, leidt niet tot een andere conclusie. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op een aanvulling van de vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Telefonische toezegging**

- 9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar onjuist en onvoldoende is geïnformeerd over de kosten die voor haar rekening blijven. Bovendien is volgens haar de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar onvolledig en op sommige punten onjuist. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt voorts niet van een onjuiste mededeling.

### **Vergoeding eerdere operatie**

- 9.8. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij negen jaar eerder een operatie heeft ondergaan in Malaga, Spanje. De kosten hiervan zijn destijds volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster heeft geen bewijsstukken overgelegd van deze vergoeding. Bovendien geldt dat op 1 januari 2006 in Nederland een nieuw zorgstelsel in werking is getreden, waarbij de ziektekostenverzekeraar ook voor zijn buitenlandverzekering heeft aangesloten. De voorwaarden zijn destijds gewijzigd, en ook in de loop der jaren zijn deze nog diverse keren veranderd. Tot slot geldt dat de aard van de ingreep die negen jaar eerder plaatsvond, verschilt van de onderhavige behandeling. De hieraan verbonden vergoeding kan daarmee ook verschillen. Een en ander kan daarom niet leiden tot een andere beslissing.

### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2015,



mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester

